

TODISTUS ERITYISRUOKAVALIOTARPEESTA

oppilaan nimi:	Syntymäaika:
Koulu	luokka
Huoltajien nimet:	Huoltajien puhelinnumerot:
_____	_____
_____	_____

Pysyvä erityisruokavalioilmoitus: Lääkärintodistus vaaditaan

_____ Diabetes (oma ateriasuunnitelma liitteenä)
 _____ Keliakia (gluteeniton kaura sopii)
 _____ Keliakia (kaura ei sovi)
 _____ Maidoton

Ruoka-allergia:

Ilmoitetaan vain ne ruoka-aineet, jotka aiheuttavat voimakkaita tai hengenvaarallisia oireita.

Ruoka-aine:

Oire:

Adrenaliiniruiske varalääkkeenä **KYLLÄ** _____ **EI** _____

Ruoka-allergioiden osalta todistus päivitetään vuosittain syksyllä.

Pyydämme todistuksen palautusta mahdollisimman pian oppilaista terveydenhoitajalle

Päiväys _____._____.20_____ (Huoltaja)

Päiväys _____._____.20_____ (Terveydenhoitaja)